

H.-U. Wittchen

AG Klinische Psychologie, Klinisches Institut,
Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie – zwischen Aufstieg und Erosion*

Clinical Psychology and Behavior Therapy – between Rise and Erosion

Schlüsselwörter

Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie · Forschung und Praxisbeziehung · Diagnostik und Intervention · Öffentliches Gesundheitswesen · Qualitätssicherung

Key Words

Clinical Psychology and behavior therapy · Research and practice relationship · Diagnostics and intervention · Public health · Quality assurance

Zusammenfassung

Der Beitrag diskutiert Probleme der raschen Weiterentwicklung von Klinischer Psychologie und der Verhaltenstherapie im besonderen. Dabei werden drei Perspektiven angesprochen: (a) Binnenbeziehungen innerhalb des Fachs Klinische Psychologie sowie zu Nachbardisziplinen, (b) Transferprobleme wissenschaftlicher Erkenntnisse von der Forschung zur Praxis und (c) Probleme der Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung in der Verhaltenstherapie. Als Beispiele von Fortschritt und Erosion werden diskutiert: (a) die Verhaltensmedizin, als Muster für gut abgestimmte und in die Klinische Psychologie als Fach integrierte Entwicklung, (b) die Gesundheitspsychologie für eine schlechte Interaktionskultur mit mangelhaftem gegenseitigem Informationstransfer und (c) die Psychotherapieszene als Beispiel für Erosionsprozesse in Forschung, Praxis sowie vor allem Fort- und Weiterbildung. Der Beitrag fordert eine wesentliche Stärkung des Fachs Klinische Psychologie als fachliche und organisatorische Klammer zwischen den auseinanderdriftenden Entwicklungen. Eine erfolgreiche Übernahme dieser universitär verankerten Koordinations- und Integrationsaufgabe erfordert allerdings gleichzeitig auch eine erhebliche Ausweitung personeller Ressourcen und fachlicher Kompetenzen. Eine zentrale neue Herausforderung für klinisch-psychologische Universitätsinstitute besteht auch in der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der Beitrag empfiehlt in diesem Zusammenhang, vor allem in der Fort- und Weiterbildung den verstärkten Einsatz von Therapiemanualen sowie die Institutionalisierung von regelmäßigen Konsensuskonferenzen mit Empfehlungen zur Therapiedurchführung.

Summary

This paper discusses progress and erosion aspects of clinical psychology and behavior therapy in Germany from three inter-related perspectives: (a) the relationship of behavior therapy and clinical psychology to other basic and applied psychological disciplines as well as neighboring disciplines, (b) the transfer problems from the scientific fields to practice, and (c) the problem of quality assurance in practice and postgraduate education. Specific emphasis is laid on a discussion of the field of behavioral medicine, as an example for well-integrated and coordinated research and practice activities; health psychology as an example for deficient communication patterns with clinical psychology and behavior therapy, and psychotherapy as an example for erosion in research, education and practice. The paper strongly recommends a more dominant steering role of clinical psychology as the most comprehensive scientific discipline. This steering role, however, would also require a considerably expanded infrastructure of clinical psychology departments in universities together with several mechanisms (competence enhancement, consensus conferences, development of postgraduate education guidelines, quality assurance activities, coordination) to be able to fulfill this mission. The paper also suggests the more frequent use of standardized treatment manuals in postgraduate courses.

* Dieser Aufsatz ist eine überarbeitete und erweiterte Fassung eines Beitrags in der Buchpublikation: Perspektiven der Psychologie – Eine Standortbestimmung. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996.

Einleitung

Für fast alle erfolgreichen Wissenschaftsgebiete ist es charakteristisch, daß sie sich nach und nach in mehrere Spezialdisziplinen aufsplittern. Mit schnell anwachsender kritischer Erkenntnis – und Methodenmasse, die nicht mehr überschaubar ist – erscheint eine solche Differenzierung als sinnvoll und unvermeidlich. Allerdings besteht hierbei auch die immanente Gefahr einer Aufspaltung, bei der notwendige und grundlegende Gemeinsamkeiten verlorengehen. Die Klinische Psychologie als «Ziehmutter» steht ebenso wie die Verhaltenstherapie zweifellos seit einigen Jahren in einer derartigen Zerreißprobe, mit all ihren positiven wie auch negativen Implikationen. Beim Schreiben dieses Beitrags war der Autor sogar anfangs geneigt, unter dem Eindruck der Sonderentwicklungen der Verhaltenstherapie im erweiterten Psychotherapiesektor, der Weiterbildungssituation sowie der aktuellen Entwicklungssituation der Klinischen Psychologie, in satirischer Zuspitzung ein Kalendarium der Auflösung des Faches Klinische Psychologie – und damit auch den Untergang der wissenschaftlichen Verhaltenstherapie – zu prognostizieren. Er hat – vermutlich aus Mangel an Vertrauen in seine Fähigkeit, Satiren zu schreiben – davon abgesehen und statt dessen eine rationalere Auseinandersetzung versucht, in der er aus seiner persönlichen Perspektive folgende zwei Aspekte diskutiert:

1. die Abgrenzungs- und Integrationsproblematik der Klinischen Psychologie und der Verhaltenstherapie zu Binnenentwicklungen und Nachbardisziplinen;
2. die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie und der Verhaltenstherapie im Hinblick auf diagnostische, ätiologische und interventionsbezogene Aspekte.

Abgrenzung und Integration

Klinische Psychologie läßt sich allgemein nach Baumann und Perrez [1990] als diejenige Teildisziplin der Psychologie definieren, die sich mit psychischen Störungen und psychischen Aspekten somatischer Störungen befaßt. Während bis vor wenigen Jahren unter diesem Oberbegriff fast alle relevanten Phänomene, Gegenstandsbereiche und Tätigkeiten subsumiert wurden, hat sich unter dem Eindruck der sich exponentiell beschleunigenden Entwicklung in der Forschung und Anwendung inzwischen eine Aufsplitterung des Faches abgezeichnet, deren institutionell-organisatorische, fachliche und praxisorientierte Verschränkung – vorsichtig gesprochen – suboptimal ist. Drei unterschiedlich zu bewertende Beispiele sollen dies verdeutlichen.

Psychische Aspekte somatischer Störungen (Verhaltensmedizin, «Psychosomatik», zum Teil Medizinische Psychologie)

Mit seiner starken Verankerung in klinisch-psychologischen und allgemeinpsychologischen Paradigmen ist das Gebiet der

Verhaltensmedizin wissenschaftlich gesehen, sicherlich eine der begrüßenswertesten Sonderentwicklungen im Zusammenhang mit der Ausdifferenzierung der Klinischen Psychologie. Mit zum Teil herausragender Forschungsmethodik und hoher gesundheitspolitischer Priorität hat sich zwischenzeitlich eine Forschungsszene und -perspektive entwickelt, die in den verschiedensten Grundlagen- (z. B. Psychoneuroendokrinologie) und Anwendungsaspekten (z. B. Schmerz, Krebs-, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen) erhebliche Erkenntnisfortschritte erarbeitet hat. Darüber hinaus hat das Arbeitsprogramm der Verhaltensmedizin mit seiner paradigmatischen Orientierung in signifikantem Ausmaß den «schwammigen» und mißverständlichen Begriff der Psychosomatik ersetzt. Obwohl Verhaltensmedizin weitgehend synonym mit der Klinischen Psychologie benutzt werden kann [vgl. z. B. Hellhammer, 1992], wird allerdings inzwischen die Verhaltensmedizin häufig nicht mehr als Teilgebiet der Klinischen Psychologie, sondern als ein breites interdisziplinäres Forschungskonzept wahrgenommen, das über die Psychologie als Fach hinausgeht. Erkenntnisse der verhaltens- und biomedizinischen Wissenschaft sollen hier allgemein für Gesundheits- und Krankheitsprobleme fruchtbar gemacht werden, und ihre Erkenntnisse sollen in die Anwendung von Prävention, Intervention und Rehabilitation einfließen [vgl. Miltner et al., 1986].

Trotz dieser «wahrgenommenen» Trennung bleiben allerdings erfreulicherweise – vermutlich wegen der starken Einbindung der Forschungsprogramme in universitäre Strukturen der Klinischen Psychologie – die Verbindungen zwischen Verhaltensmedizin und Klinischer Psychologie eng und vielfältig. Allerdings erfährt in der Praxisszene der Begriff der Verhaltensmedizin eine inflationär zu nennende Verbreitung, z. B. wenn an Klinik- und Abteilungsbezeichnungen der Terminus «Verhaltensmedizin» angehängt wird, ohne daß dieser Anspruch durch eine wissenschaftlich fundierte Arbeitspraxis eingelöst wird.

Gesundheitspsychologie

Ein zweites wesentliches Spezialgebiet mit Wachstumsperspektiven ist die Gesundheitspsychologie; sie beinhaltet diejenigen Beiträge der Psychologie, die sich auf Gesundheit beziehen, aber ähnlich wie in der Verhaltensmedizin werden auch implizite und explizite Beiträge zur Prävention und Behandlung von Störungen geleistet. Die Gesundheitspsychologie ist nur schwer sowohl von der Forschungsprogrammatik der Verhaltensmedizin wie auch von der Klinischen Psychologie abzugrenzen, zumal die US-amerikanische engere Definition von Matarazzo [1980] in einem «Rundumschlag» von Schwarzer [1990] erheblich erweitert wurde. Abgrenzungen ergeben sich bezüglich der Verhaltensmedizin wohl noch am ehesten durch die stärkere Beachtung sozialpsychologischer und kognitiv-affektiver Komponenten gegenüber somatischen und psychophysiologischen Aspekten sowie allgemein durch die Fokussierung auf den nach wie vor unscharf formulierten Gesundheitsbegriff im Gegensatz zu Krankheiten und Störungen, die

im Vordergrund des Interesses der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin stehen. Ungleich der Verhaltensmedizin habe ich bezüglich der Gesundheitspsychologie manchmal den Eindruck einer forcierten Verselbständigungs- und künstlichen Abgrenzungstendenz in der Außendarstellung, die mir aufgrund der inhaltlichen und formalen Überlappungsbereiche übertrieben und schädlich (s. unten) erscheint. Auch ist der Erkenntnistransfer zwischen Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie vielfach unbefriedigend zu nennen. So werden in vielen klinisch-psychologischen Arbeiten nur selten gesundheitspsychologische Arbeiten zitiert und umgekehrt. Dieses Transferdefizit gilt sicherlich in noch stärkerem Maße für die Rezeption gesundheitspsychologischer Fortschritte in der Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie.

Psychotherapie (Verhaltenstherapie)

Trotz aller Bemühungen der stärkeren An- und Einbindung der Psychotherapie- und speziell der Verhaltenstherapieforschung sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung an die universitären Strukturen ist dieses Gebiet derzeit sicherlich in der größten Gefahr, sich mit all den damit verbundenen Risiken zu verselbständigen und aufzusplittern. Die Diskussion um das Psychotherapeutengesetz sowie die unterschiedlichen krankensicherungsrechtlichen Regelungsmodelle verstärken diese Tendenz ebenso wie die rasch fortschreitende Konstituierung von Verhaltenstherapieinstituten mit oft idiosynkratischen, fern von den wissenschaftlichen Grundlagen und ihrer Evaluation liegenden Weiterbildungsinhalten.

Das Problem beginnt offensichtlich bereits sehr früh, denn vielfach ist selbst Studierenden der Klinischen Psychologie die mir zwingend erforderliche Wechselbeziehung von Klinischer Psychologie und Psychotherapie häufig nicht bewußt. In den Prüfungs- oder Studienordnungen wird die Lehre zumeist über das Anwendungsfach Klinische Psychologie und das Methodenfach Diagnostik und Intervention organisiert; der Begriff Psychotherapie und Verhaltenstherapie im besonderen wird dabei nicht explizit genannt, sondern geht im Gesamtkanon der klinisch-psychologischen Interventionsverfahren (Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Schulung, Evaluation etc.) auf.

Baumann [1995] hat eindrücklich darauf hingewiesen, daß Psychotherapie zweifelsfrei nicht mit Klinischer Psychologie gleichgesetzt werden kann, daß umgekehrt aber auch die mancherorts (übrigens auch von mir) präferierte und politisch gewünschte Gleichsetzung von Psychotherapie mit der Anwendung klinisch-psychologischer Verfahren hinkt. Er stellt überzeugend fest, daß es nicht nur für die Psychotherapie und ihre Weiterentwicklung ein Schaden wäre, wenn die Abkoppelung von der wissenschaftlichen Psychologie weiter fortschreiten würde. Aber auch die Klinische Psychologie wäre seiner Meinung nach nicht lebensfähig: Ätiologie und Diagnostik sind eng mit Interventionen verknüpft, und gerade die Interventionsforschung hat immer wieder grundlegende Impulse für die gesamte Psychologie gegeben. Diese Gefahren gelten

sicherlich speziell für verhaltenstherapeutische Strategien noch ausgeprägter als für andere psychotherapeutische Orientierungen. Hier scheinen vielfach verstärkte Fachanstrengungen der Psychologie und speziell der klinisch-psychologischen Fachvertreter notwendig zu sein, die Anwendungskompetenz der psychologischen Institute nachhaltig durch entsprechende finanzielle, personelle und strukturelle Maßnahmen zu stärken. Hierfür gibt es, zumindest aus meiner Perspektive, einige wenige vielversprechende Ansätze: die Modelle in Bamberg, Gießen und Bochum gehören sicherlich dazu.

Angesichts der Zersplitterung der Weiterbildungsinstitutsszene – mit ihren vielfältigen machtpolitischen, finanziellen und zum Teil theoriebezogenen Partikularinteressen – scheint mir eine stärkere universitäre Verankerung der Psychotherapie und Verhaltenstherapie in den klinisch-psychologischen Instituten unerläßlich und eine mögliche Lösungsstrategie zu sein. Nur so erscheint eine langfristige, wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie – ebenso wie die Weiterentwicklung und Neuentwicklung von Indikations- und Qualitätssicherungsstandards, erfolgversprechend.

Weitere «Aufsplittertendenzen» und das Verhältnis zur Psychiatrie

Erkenntnisfortschritte, die für die Klinische Psychologie und die Verhaltenstherapie als ihrem breitesten Anwendungsfeld zentral sind, werden in weiterhin verstärktem Umfang auch in anderen Bereichen der Psychologie gemacht. Beispiele hierfür sind die Klinische Entwicklungspsychologie, die Physiologische Psychologie, die klinische Sozialpsychologie und die Pädagogische Psychologie. Erkenntnisse aus diesen Bereichen fließen allerdings oft erst mit erheblicher Verspätung in die Klinische Psychologie ein, so daß über Möglichkeiten eines verbesserten Informationsflusses in Forschung und Lehre nachgedacht werden sollte. Die gleiche Problematik des mangelhaften Wissenschaftsimports und -exports ergibt sich vor dem Hintergrund der raschen Forschungsentwicklungen vor allem mit den Neurowissenschaften und speziell der *Psychiatrie* – als einem traditionellen, je nach persönlicher Orientierung Konkurrenz- wie auch Kooperationsgebiet vieler Klinischer Psychologen und Verhaltenstherapeuten.

Speziell bezüglich der fachübergreifenden Kooperation mit der Psychiatrie hat es in diesem Zusammenhang zweifellos gravierende Veränderungen in den letzten 10 Jahren gegeben, die der Autor mit zweifelhaften Vergnügen «hautnah» miterleben durfte.

Historisch gesehen war über viele Jahre die Anwendung klinisch-psychologischer Verfahren und speziell der Verhaltenstherapie in der Psychiatrie eine Art «Lokomotive» für die Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie als Fach. Diese zentrale Rolle für unsere Fachentwicklung ist international wie auch national derzeit nicht mehr gleichermaßen nachweisbar. Hierfür sind sicherlich verschiedene Erklärungen anzuführen: die stärkere Eigenständigkeit und Emanzipation der Klinischen Psychologie und der Diplom-Psychologen in der

Verhaltenstherapie, ein besserer und stabilerer wissenschaftlicher Erkenntnisfundus und die breite Auffächerung klinisch-psychologischer Ansätze in fast alle Bereiche der Gesundheits- und Krankenversorgung. Nicht zuletzt hat das so gewachsene Selbstbewußtsein der Klinischen Psychologie aber auch Ängste und Widerstände in der Psychiatrie geweckt, die eine fortschreitende Personal-, finanzielle und Machtreduktion ursprünglich relativ selbständiger psychologischer Abteilungen an universitären psychiatrischen Einrichtungen mitbeeinflusst haben. So besteht zwar die Tendenz in vielen Bereichen der Psychiatrie, auf unterer Ebene verstärkt Diplom-Psychologen mit Verhaltenstherapie-Kompetenz einzusetzen, auf leitender Ebene jedoch Funktionen abzubauen. Hinzu treten speziell seitens der Psychiatrie zwei sich weiter verstärkende Tendenzen, die je nach Orientierung des jeweiligen psychiatrischen Lehrstuhlinhabers unterschiedlich aktualisiert werden:

a) *Die «biologistisch» orientierte Psychiatrie und ihre Lehrstühle.* Diese sehen (zum Teil sogar in unheilvoller Kombination mit einer «naiven» Neuropsychologie) die entscheidenden Gründe für psychische Störungen ausschließlich in gestörten psychophysiologischen und endokrinen bzw. hirnmorphologischen Prozessen (z. B. mit dem kaum zu widerlegenden Argument: «Das Substrat psychischer Störungen ist das Gehirn»). Der Beitrag der wissenschaftlichen Psychologie wird hier konsequenterweise bestenfalls noch in der Durchführung psychometrischer Tests oder in der methodisch-technischen Unterstützung bei wissenschaftlichen Projekten gesehen. Die eigenständige Bedeutung und Rechtfertigung der Psychologie und Psychotherapie wird allgemein eher abgelehnt (insbesondere tiefenpsychologischer Verfahren) bzw. reduziert auf «Gespräche» sowie «simplizistische verhaltenstherapeutische Technologien», die auch Mediziner und Psychiater per definitionem bzw. durch gelegentliche Kurse lernen und fachgerecht anwenden können – kurzum auf Psychologen kann eigentlich verzichtet werden! Konsequenterweise finden sich in derartigen psychiatrischen Institutionen Psychologen allenfalls in zeitlimitierten Projekten sowie als Honorarkräfte und auf Postgraduiertenstellen. Mit der anwachsenden Tendenz, Psychiatrielehrstühle mit Vertretern der sogenannten biologischen Psychiatrie (in der Tat eine irreführende Bezeichnung – als ob sich die Biologie auf Zell- und Transmitterstoffwechsel reduzieren ließe!) zu besetzen, wird sich der hiermit verbundene schleichende Stellenabbau und der «Machtverlust» Klinischer Psychologen zweifellos in den nächsten Jahren verstärken. Zudem werden kaum noch ähnlich häufig wie in der Vergangenheit eigenständige Forschungsbeiträge Klinischer Psychologen aus diesem Bereich zu erwarten sein. Es ist zu hoffen, daß diese Entwicklung auch innerhalb der Psychiatrie «Gegenwind» erhält.

b) *Die verhaltenstherapeutisch aufgeschlossene Psychiatrie:* Hier ist in der Regel eine deutlich ausgeprägte Überzeugung vorhanden, daß verhaltenstherapeutische Verfahren eine Schlüssel-

stellung bei der Behandlung fast aller psychischen Störungen besitzen; sei es in der spezifischen Angsttherapie oder auch in der Rezidivprophylaxe affektiver und psychotischer Störungen. Insbesondere verhaltenstherapeutisch qualifizierte Psychologen werden dabei in Forschung und Praxis im stationären Bereich und noch stärker in den zumeist angeschlossenen Ambulanzen eingesetzt. Die weitere Entwicklung wird zeigen, ob sich dadurch eine erhebliche Stimulierung klinisch-psychologischer und verhaltenstherapeutischer Forschung ergibt oder ob diese Mitarbeiter lediglich «Aufbauhilfe für ärztlich geleitete Verhaltenstherapie-Weiterbildungsinstitutionen» leisten und dann schrittweise durch ärztliche Kollegen ersetzt werden. Dieser Verdacht wurde vielfach in Zusammenhang mit parallel laufenden starken Tendenzen in der medizinischen Weiterbildungsordnung geäußert, die versuchen, psychotherapeutische Fachtitel und Kompetenzen (insbesondere im verhaltenstherapeutischen Bereich) in einem enger werdenden «Markt» verstärkt zu verankern und auszubauen. Es wäre wünschenswert, zur Verhinderung solcher Fehlentwicklungen bei diesen Einrichtungen einerseits verstärkt auf die Etablierung von Abteilungsleiterstellen für Klinische Psychologen zu achten und zum anderen eine engere formalisierte Anbindung an die klinisch-psychologischen Abteilungen der Universitäten zu fordern.

Neben diesen zwei für die Klinische Psychologie im Bereich psychischer Störungen gefährlichen Tendenzen ist aber auch auf zwei stark arbeitsmarktrelevante Sonderentwicklungen hinzuweisen: auf den *Suchtsektor*, in dem Klinische Psychologen vielerorts bislang eine starke und noch ausbaufähige Führungsrolle spielen, sowie auf den anwachsenden Markt sogenannter psychosomatischer oder *verhaltensmedizinischer Kliniken*, in dem verhaltenstherapeutische Methoden eine zentrale Rolle spielen und leitende Psychologen die Regel sind. Allerdings kann ich nicht verhehlen, daß auch die Gruppe der letztgenannten Kliniken häufig nach einiger Zeit in einen schlechtkontrollierten pragmatischen Eklektizismus «abdriftet», bei dem es schwer fällt, die wissenschaftlich abgesicherten klinisch-psychologischen Grundlagen zu identifizieren.

Gefahren zentrifugaler Kräfte

Ich habe diese Entwicklungen in dieser Ausführlichkeit diskutiert, um die starken zentrifugalen Kräfte im Arbeitsfeld der Verhaltenstherapie und der Klinischen Psychologie als «Zieh-mutter» exemplarisch und teilweise aus sehr persönlicher Sicht und polemisch zu verdeutlichen. Diese zentrifugalen Kräfte bedrohen die Integrität und die Bedeutung unseres Faches in einer Zeit, in der es angesichts der Bemühungen um eine gesetzliche Regelung nicht nur um Macht und Kohärenz geht, sondern auch um die fachliche Qualitätssicherung eines noch sehr jungen und sich rasch wandelnden Fachgebiets.

Ferner erschweren die beschriebenen Erosionserscheinungen nachhaltig die Integration der in Einzeldisziplinen gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen, was insbesondere für die praktisch Tätigen sowie den Aus- und Weiterbildungssektor

Gefahren beinhaltet. So erfreulich es sein mag, daß klinisch-psychologische und speziell verhaltenstherapeutische Erkenntnisse in verschiedenste Bereiche der Gesundheits- und Krankenversorgung einfließen, so sehr können derartige Entwicklungen auch die Integrität des Faches Klinische Psychologie, die Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie sowie ihr langfristiges Überleben gefährden. Daß dies keine unrealistische Gefahr zumindest für die integrative Rolle der Klinischen Psychologie ist, zeigt sich allein daran, daß in den letzten Jahren trotz der raschen Erkenntnisfortschritte und der thematischen Diversifizierung keine neuen Lehrstühle für Klinische Psychologie geschaffen wurden sowie keine substantiellen strukturellen und personellen Ausweitungen auf breiter Ebene sichtbar sind. Im Gegenteil, verschiedenenorts sind eher Umstrukturierungen von C4-Lehrstühlen auf C3-Stellen vorgenommen worden; und dies zu einer Zeit, in der selbst für Spezialisten die Schnelligkeit und Veränderungsvielfalt in den einzelnen Teilbereichen der Klinischen Psychologie kaum überschaubar ist (s. unten).

Zudem sollte bedacht werden, daß durch die derzeit vielerorts zu beobachtende verstärkte Zuwendung der Psychiatrie auf die «Neuroscience» bei gleichzeitiger Vernachlässigung und Ignorierung moderner psychologischer Paradigmen sich der Anspruch der Psychiatrie auf umfassende Kompetenz bei der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen kaum mehr einlösen läßt. Dies eröffnet umfassend ausgebildeten Klinischen Psychologen die besondere Chance, fachlich kompetent einen breiteren, generellen Anspruch als kompetente Anlaufstelle für psychische Störungen insgesamt zu fordern und hoffentlich kompetent einzulösen.

Die Klinische Psychologie könnte und sollte dabei – vor allem durch eine wissenschaftlich besser abgesicherte Verhaltenstherapie und entsprechende Qualitätssicherungsstandards – die «starke» Klammer sein, die als Hauptaufgabe die Integration der Erkenntnisse in Forschung, Ausbildung und Praxis trägt. Dieser Anspruch sollte seitens der Klinischen Psychologie aktiver und entschlossener vertreten werden, da sonst die Gefahr besteht, daß von außen, speziell von gesetzgebenden Organen, die Zuständigkeit über psychologische Kompetenzen anderen Berufsgruppen übergeben wird. Derartige Gesetze hätten zwangsläufig gravierende Konsequenzen für die universitäre Psychologie, ihre wissenschaftliche Programmatik und Fortentwicklung und damit letztlich auch für die Verhaltenstherapie.

Die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie im Hinblick auf Diagnostik, Ätiologie- und verhaltenstherapeutische Interventionsforschung

Die universitäre Klinische Psychologie ebenso wie die klinisch-psychologischen Praktiker haben in einem noch sehr jungen Wissenschaftsgebiet mit rasch wechselnden Paradigmen und Erkenntnissen die schwierige Aufgabe, immerwährend ihre

Theorien und Interventionen zu überprüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten. Besonders in den letzten 10 Jahren hat bei fast allen Störungsformen ein bemerkenswerter Wandel der Konzepte über Definitionen, Entwicklungsbedingungen und -prozesse sowie über Behandlungsverfahren stattgefunden, der nur zum Teil bereits Eingang in Neufassungen der Lehrbücher gefunden hat und nur oft detailliert über die Originalliteratur erschlossen werden kann. Dieser mühsame und wiederkehrende Prozeß ist für einige Kollegen eine willkommene und stimulierende Herausforderung, für andere eine eher ärgerliche Störung liebgewordener und praktischer Routine, die allerdings nicht mehr «State of the art» ist. Allerdings erscheint es mir gerade derzeit – sozusagen an der Schwelle zur Professionalisierung qua Gesetz – angebracht, eine besondere Verpflichtung zur ständigen Evaluation, Qualitätssicherung und Überprüfung Klinischer Psychologen und der Verhaltenstherapie anhand moderner wissenschaftlicher Erkenntnisstandards des Faches einzufordern. Diese Forderung gilt nicht nur für die in der Praxis arbeitenden klinisch-psychologischen Kollegen (in Abgrenzung zum pragmatisch vor sich hin wurstelnden «grauen Psychotherapiemarkt», sondern in besonderem Maße auch für das Lehrpersonal an Universitäten und Weiterbildungsinstituten. Erleichtert würde dies sicherlich durch gründliche und schnelle Überarbeitungen der klassischen Lehrbücher [vgl. z. B. die neue deutschsprachige Ausgabe von Davison & Neale, 1966], die oft noch vielfach mit traditionellem Ballast verbunden sind. Hilfreich könnten auch regelmäßige Konsensuskonferenzen sein, in denen z. B. die jeweils bestevaluierten Therapie- und Interventionsstrategien diskutiert und kurrikular festgelegt würden.

Daß diese Aufgabenstellung einer ständigen Überprüfung des Erkenntnisstands keine Selbstverständlichkeit ist, möchte ich an einigen Beispielen verdeutlichen.

Psychopathologische Diagnostik – bestenfalls ein lästiges Übel!
Die psychopathologisch orientierte Störungslehre, wie sie in DSM und ICD als traditionell essentielles Gliederungs- und Handlungsprinzip in den Lehr- und Anwendungsbüchern der Klinischen Psychologie und Psychiatrie verwendet wird, hat sich in den letzten 15 Jahren fast vollständig verändert. Aufbauend auf der Kritik einer notorisch schlechten Reliabilität sowie prognostisch und therapeutisch schlechten Validität traditioneller Störungskategorien abweichenden Verhaltens, hat sich die Klassifikation psychischer Störungen in den letzten 15 Jahren grundlegend von einer theoretisch mangelhaft begründeten *nosologischen* zu einer weitgehend reliablen *deskriptiven* Diagnostik geändert. Beispiele sind die unter erheblichem Einfluß der Klinischen Psychologie vorgenommene Auflösung der traditionellen Unterteilung von Psychosen und Neurosen, die Ausdifferenzierung vielfältiger einzelner Störungsformen im Bereich der Angst-, somatoformen und sogenannten psychosomatischen und streßbezogenen Störungen sowie die stärkere Berücksichtigung von lebenszeitlichen Zusammenhängen, Verlauf und Einschränkungen. Die Begründungen für die

erhebliche Ausweitung diagnostischer Störungskategorien (z. B. in ICD-9: etwa 100 Kategorien, ICD-10: etwa 520 Kategorien) ist einerseits durch neue neuropsychiatrische und klinisch-psychologische Erkenntnisse und Paradigmenwechsel notwendig geworden, andererseits soll durch die eindeutigere operationalisierte Beschreibung der Diagnosen allen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen eine reliable und valide Diagnosestellung ermöglicht werden. In enger Verschränkung mit der Entwicklung neuer Paradigmen, der epidemiologischen und klinischen Verlaufsforschung und der vergleichenden Therapieforschung hat sich so die Spezifität und prognostische Validität psychopathologischer Diagnostik erheblich verbessert und eine zum Teil grundsätzlich neue, wissenschaftlich wie praktisch vielversprechendere, Betrachtungs- und Handlungsebene psychischer Störungen entwickelt.

Die Klinische Psychologie und die Verhaltenstherapie haben allerdings diese Entwicklungen in weiten Bereichen nicht oder nur verzögert rezipiert und – was schlimmer ist – noch kaum die Chance ergriffen, wieder umfassendere Spezialisten für Diagnostik und Indikation bei psychischen Störungen zu werden. An vielen Instituten wird nach wie vor die traditionelle Störungslehre mit veralteten Lehrbüchern unterrichtet, und das Fach Psychopathologie wird vielerorts nach wie vor zum Teil unreflektiert und unkontrolliert von psychiatrischen Fachkollegen vertreten, die Semester für Semester veraltete Diagnosesysteme unterrichten. Zudem verlassen die Mehrzahl aller Studenten in Klinischer Psychologie die Universitäten, ohne jemals moderne strukturierte und standardisierte diagnostische Methoden erlernt zu haben, geschweige denn die Grundfertigkeiten einer differenzierten Differentialdiagnostik zu beherrschen. Statt dessen werden nach wie vor extensiv psychometrische Verfahren ausführlichst vermittelt, die für die Berufspraxis später kaum Relevanz besitzen und zudem wissenschaftlich oft überholt sind. Gleiche Kritikpunkte gelten – sogar noch prononcierter – auch für viele verhaltenstherapeutische Weiter- und Fortbildungsinstitutionen, die vielfach durch eine wissenschaftlich kaum vertretbare pragmatisch-eklektische Beliebigkeit in der Auswahl ihrer Lehrinhalte charakterisiert sind. Es kann so nicht überraschen, daß auch in der verhaltenstherapeutischen Praxis psychopathologische Diagnostik und moderne Indikationslehre allenfalls als Feigenblatt im Antragsverfahren beim kassenärztlichen Gutachterverfahren benutzt werden.

Es erschüttert mich immer wieder, daß fast kein Diplomand oder Doktorand, der in meiner Arbeitsgruppe seine Arbeit aufnimmt, eine halbwegs fundierte Vorstellung, geschweige denn ein halbwegs brauchbares Grundrepertoire an diagnostischem Wissen und Fertigkeiten mitbringt. Dabei bestehen bedauerlicherweise die Defizite nicht nur im Bereich der Psychopathologie und klassifikatorischen Diagnostik, sondern auch hinsichtlich der handwerklichen Fertigkeiten, funktionale Bedingungsanalysen zu erstellen und in bezug auf indikative Prozesse zu bewerten. Daß dies kein zu vernachlässigendes

Defizit ist, wird spätestens dann deutlich, wenn wir berücksichtigen, daß *diagnostische Kategorien* das entscheidende «*kommunikative Bindeglied*» zwischen dem Wissen über die Entstehungsbedingungen auf der einen und Interventionen auf der anderen Seite sind. Das Vermitteln veralteter Diagnosekonzepte verunmöglicht das Verständnis der neuen modernen Ätiologie- und Interventionskonzepte, für die hier als Beispiel nur die Panik- und Agoraphobieforschung, die Depressionsforschung und die Suchtforschung genannt werden sollen. Diese enge Verbindung zwischen klassifikatorischer Diagnostik und verhaltenstherapeutischer Interventionslehre ist zweifellos durch neuere vergleichende Therapiestudien hinreichend für psychotische Störungen sowie affektive und spezifische Angststörungen belegt. Studenten der Psychologie, Ausbildungskandidaten der Verhaltenstherapie und viele Praktiker verfügen allerdings nur selten über dieses Wissen.

Für die Zukunft ist zu hoffen, daß die Klinische Psychologie und die verhaltenstherapeutischen Weiterbildungsinstitutionen schneller als bisher die überfälligen Anpassungen an die neuen Diagnostik- und Indikationserkenntnisse und -erfordernisse vornehmen. Insbesondere erscheinen die traditionelle Vermittlung von psychopathologischen Inhalten sowie die psychopathologische Differentialdiagnostik strukturell wie auch inhaltlich dringend reformbedürftig.

3.2. Intervention und Klinische Psychologie

Veränderungen in den ätiologischen Modellen: Unser Wissen über die Entstehungsbedingungen psychischer Störungen allgemein, wie auch insbesondere einzelner Störungsbilder, hat sich in den letzten 15 Jahren gravierend geändert. Hierzu gehören nicht nur die erheblichen Fortschritte, wie sie z. B. durch die stärkere Berücksichtigung der Paradigmen der Allgemeinen und Physiologischen Psychologie auf den Gebieten Kognition, Gedächtnis sowie Psychophysiologie gemacht wurden, sondern unter anderem auch die Fortschritte auf dem Gebiet der prospektiven Verlaufsforschung. Sowohl aus klinischer wie auch aus entwicklungspsychologischer Perspektiven sind hier neue ätiologische Modelle entwickelt worden (z. B. Symptomprogressionsmodelle, Komorbidität, familiengenetische Modelle, der Vulnerabilitäts-Streß-Ansatz), die die allgemeine und stärker noch die störungsspezifische Bedeutung traditioneller konditionierungstheoretischer Modelle und vor allem von Neurosenmodellen in Frage stellen und relativieren. Aber selbst in manchen aktuellen Lehrbüchern der frühen 90er Jahre werden diese Arbeiten kaum zu Kenntnis genommen und bewertet.

Veränderungen in Behandlungsprogrammen und die Bedeutung von Therapiemanualen: Die neuen Erkenntnisse haben bei fast allen prävalenten Störungsformen die Ableitung neuer verhaltenstherapeutischer Therapieverfahren und komplexer Therapiestrategien ermöglicht, die oft nur noch wenige Gemeinsamkeiten mit den Verfahren aufweisen, die noch vor 10 bis 15 Jahren als «State of the art» angesehen wurden. Darüber

hinaus ist die in sorgfältigen Therapiestudien ermittelte Durchführung der Therapie bei vielen Indikationsbereichen inzwischen wesentlich spezifischer ausformuliert, bis hin zur Publikation von überprüften und kontinuierlich evaluierten standardisierten *Therapieprogrammen*. Allein in der Beltz-Serie «Materialien für die psychosoziale Praxis» sind bislang über 20 derartige Therapiemanuale für verschiedenste Indikationsbereiche (Lernstörungen, Gruppenarbeit mit Patienten mit schizophrenen Störungen, Bettnässen, Familienbetreuung schizophrener Patienten, Behandlung sexueller Störungen, Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie, Alkoholismustherapie etc.) erschienen, zahllose weitere in anderen Verlagen. Zweifellos sind viele dieser manualisierten Therapien nicht nur für vergleichende Therapiestudien, sondern vor allem als didaktisches Material für die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie für die Qualitätssicherung in der Praxis von allerhöchster Relevanz. So lernen selbst noch weitgehend unerfahrene Weiterbildungskandidaten die praktische Durchführung kognitiver Bausteine, z. B. in der Depressionstherapie [Hautzinger et al., 1994] oder bei der Therapie von Panik und Agoraphobie [Margraf und Schneider, 1990], wesentlich schneller und effektiver als durch traditionelle Lehrbücher oder Demonstrationen. Zudem mehren sich Hinweise [vgl. die fortlaufende Diskussion in der Zeitschrift VERHALTENS-THERAPIE 1993–1994], daß eine standardisierte manualisierte Verhaltenstherapie bei akkurater Indikationsstellung zumindest gleich gute, möglicherweise sogar bessere Resultate erbringt als individualisierte Therapien durch «erfahrene» Verhaltenstherapeuten. Trotzdem haben nur wenige Institute und noch weniger Weiterbildungsinstitute bislang die Chance ergriffen, die wissenschaftliche Substanz und Pragmatik dieser Therapiemanuale breiter zu nutzen. Gerade weil die Erkenntnisfortschritte der Klinischen Psychologie durch das Lesen gelegentlicher Publikationen für den einzelnen kaum nachvollziehbar sind, wäre die stärkere Berücksichtigung derartiger Therapiemanuale ein praktischer und effizienter Lösungsansatz – nicht zuletzt, um auch nach außen eindeutiger zu dokumentieren, was den Unterschied zwischen unkontrollierter und kontrollierter Verhaltenstherapiepraxis ausmacht. Ein hiermit eng verschränkter Sonderentwicklungsbereich ist ferner in diesem Kontext die Entwicklung von *psychoedukativen Materialien* [z. B. Angst: Wittchen et al., 1995; Ratgeber Depression: Wittchen et al., 1995], die den Patienten und ihren Angehörigen, eng bezogen auf ihr Störungsbild, Wissen und Kenntnisse vermitteln, die hilfreich zur Erhöhung von Compliance, der Herstellung einer therapiegerechteren Einstellung und Motivation sowie zur Vorbereitung kognitiver Therapiekomponenten sind. Auch hier werden erhebliche Weiterentwicklungen in der Klinischen Psychologie, der Gesundheitspsychologie sowie der verhaltenstherapeutischen Pragmatik zu erwarten sein. Ein Sonderfall dieser Entwicklung sind die Ableitungen von *Selbstbehandlungsprogrammen* [Hand und Fisser-Wilke, 1994], deren Effektivität zumindest für agoraphobe Störungen nachgewiesen ist.

Machen Verhaltenstherapeuten überhaupt noch Verhaltenstherapie? Versorgung und Qualitätssicherung

Für mich persönlich gehört es sicherlich zu den größten Enttäuschungen in bezug auf die Klinische Psychologie und speziell die Verhaltenstherapie, daß trotz ihrer enormen Ausweitung in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und trotz aller Bemühungen, unseren Ausbildungskandidaten effiziente und wissenschaftliche Therapiestrategien in Aus- und Weiterbildung zu vermitteln, die nach wie vor *defizitäre reale Versorgungssituation* zu betrachten. Trotz tausender sich Verhaltenstherapeuten nennender niedergelassener Psychologen ist es z. B. fast unmöglich, Kollegen zu finden, die eine *lege artis* durchgeführte Angsttherapie mit kognitiven oder Exposure-Techniken durchführen. Selbst gezielte Vermittlungsversuche bei meinen eigenen ehemaligen Ausbildungskandidaten führen in der Regel zu aufschlußreichen Aussagen (Tatort München, Patient: Panik/Agoraphobie mit sekundärer Depression, 11 Telefonate bei niedergelassenen Diplom-Psychologen mit VT-Zulassung): «Ich mache keine Verhaltenstherapie mehr» (3mal), – «Kognitive Therapie (sensu Schneider und Margraf) kenne ich nicht» (2mal), – «Was meinst Du mit Exposure-Verfahren?» (2mal), – «Ich habe nur 1–2 Stunden Termine pro Woche Zeit» (3mal), – «Ich behandle solche Patienten eher mit gestalttherapeutischen und bioenergetischen Verfahren» (2mal).

Dieses niederschmetternde – allerdings sicherlich nicht repräsentative – Bild ist offensichtlich auch kein Einzelfall. Eine große repräsentative Umfrage, die Margraf kürzlich bezüglich der Versorgungssituation von Angstpatienten vorstellte [pers. Mitteilung], erbrachte ähnliche Ergebnistendenzen.

Diese Hinweise auf eine extreme Verselbständigung im psychotherapeutischen Versorgungsbereich unter dem Signum der Verhaltenstherapie durch Diplom-Psychologen sind ein ernsthaftes und die Integrität und Glaubwürdigkeit unseres Faches bedrohendes Problem. Diese Hinweise sollten alle Beteiligten motivieren, nach den Ursachen zu suchen. Sind unsere wissenschaftlich erarbeiteten Methoden vielleicht in der konkreten Versorgungssituation gar nicht wirksam? Sind die Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Verordnungen mit ihren 50-Minuten-Slots unserer Methodik angemessen? Sind unsere Kandidaten vielleicht zu schlecht oder gar nicht ausgebildet? Sollten wir im Zusammenhang mit den oben angesprochenen Konsensus-Gesprächen vielleicht verpflichtende Weiterbildungsveranstaltungen einführen, bei denen die Standards regelmäßig vermittelt werden? Oder sollten wir stärker auf die vielen «abweichenden» Praktiker im Hinblick auf unsere Interventionsmethoden hören und unsere Forschungsergebnisse vergessen (ich bin überzeugt: «nein!»)? Dies sind nur einige Fragen, die es wert sein könnten, weiter untersucht zu werden.

Verhaltenstherapie und Klinische Psychologie: Gefahr der Erosion

Wenn ich die wissenschaftliche Entwicklung der Verhaltenstherapie und Klinischen Psychologie national wie auch

international betrachte – und dies habe ich gerade wieder im Zusammenhang mit dem Schreiben von Beiträgen für die Enzyklopädie der Psychologie tun dürfen (die alle 10 Jahre die Forschungsszene in ihren Kräften jahrelang bindet) –, erfüllt mich Stolz über die Lebendigkeit, Breite und Qualität unseres Fachgebiets. Daß in Deutschland mit seiner besonderen versicherungsrechtlichen Situation allerdings – ungleich zu anderen Ländern – Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie in der Praxis zwischenzeitlich so weit auseinanderdriften, beunruhigt mich nachhaltig! Daß ich

mich in diesem Beitrag durch sehr persönliche Wahrnehmungen einer drohenden Zersplitterung und Erosion leiten ließ, resultiert sicherlich aus meinen fortwährenden Forschungsarbeiten über den Verlauf behandelter und unbehandelter psychischer Störungen. Dieser Fokus läßt mir immer wieder bewußt werden, wieviel Arbeit und Problembewältigung noch vor uns liegen und wie weit Wissen und daraus abgeleiteter Anspruch der Klinischen Psychologie und Verhaltenstherapie, die reale Versorgungssituation zu verbessern, auseinanderklaffen.

Literatur

Baumann U: Bericht zur Lage der deutschsprachigen Psychologie 1994 – Fakten und Perspektiven; in Pawlik K (Hrsg): Bericht über den 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen, Huber, 1995, pp 11–28.
Baumann U, Perrez M: Grundbegriffe – Einleitung; in Baumann U, Perrez M (Hrsg): Klinische Psychologie Band I: Grundlagen, Diagnostik und Ätiologie. Bern, Huber, 1990, pp 19–24.
Davison GC, Neale JM: Klinische Psychologie: 4. überarb. Aufl. Deutsche Bearbeitung und Herausgeber: Hautzinger M, 1996.

Hand I, Fisser-Wilke C: Platzangst: Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige; Basel, 2. Aufl. Karger, 1994.
Hautzinger M, Stark W, Treiber R: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. Weinheim, Beltz, 1994.
Hellhammer D: Psychoendokrinologie: Hirn, Hormone und Verhalten; in Fiegenbaum W, Margraf J, Florin I, Ehlers A (Hrsg): Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie. Berlin, Springer, 1992 pp 67–72.
Margraf J, Schneider S: Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Springer, 1990.
Matarazzo JD: Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. Am Psychol 1980;35:807–817.

Miltner W, Birbaumer N, Gerber WD: Verhaltensmedizin. Berlin, Springer, 1986.
Schwarzer R (Hrsg): Gesundheitspsychologie. Göttingen, Hogrefe, 1990.
Verhaltenstherapie – Praxis, Forschung, Perspektiven: Diskussionsforum Hefte 2 und 3, 1993, sowie Hefte 1 und 2, 1994.
Wittchen H-U, Bullinger-Naber M, Dorfmueller M, Hand I, Kasper S, Katschnig H, Linden M, Margraf J, Möller HJ, Naber D, Pöldinger W, van de Roemer A: Angst: Angsterkrankungen – Behandlungsmöglichkeiten. Basel, Karger, 1995.
Wittchen H-U, Möller H-J, Vossen A, Hautzinger M, Kasper S, Heuser I: Depression: Wege aus der Krankheit. Basel, Karger, 1995.